

# MÉTASTASE INTRATHYROÏDIENNE D'UN CHONDROSARCOME

A. EL OTMANY\*, H. HAFID\*, H. HAMADA\*, A. EL HAFED\*, A. SOUADKA\*,  
L. AMRANI\*\*, M. JAHID\*\*, M. BELABBAS\*\*

## RESUME

Les métastases intra-thyroïdiennes sont rares. Les auteurs rapportent le cas exceptionnel d'une métastase intra-thyroïdienne d'un chondrosarcome de grade II du fémur, survenant dans un tableau plurimétastatiques 3 ans après une amputation de la cuisse droite. Compte tenu du caractère compressif du goitre une isthmo-lobectomie droite a été réalisée. Le patient est décédé 2 mois après.

*Mots clés : sarcome, thyroïde, métastases.*

## SUMMARY

Thyroid metastasis of a chondrosarcoma  
Thyroid metastasis are rare. The authors report an exceptional case of thyroid metastasis from a grade II right femur chondrosarcoma 3 years after amputation. A right isthmo-lobectomy was undertaken for compressive goiter. The patient died 2 months later.

*Key words : sarcoma, thyroid, metastasis.*

## INTRODUCTION

Les métastases intra-thyroïdiennes sont rares. Elles représentent moins de 1 % de l'ensemble des cancers thyroïdiens (1, 2). Le cancer primitif est exceptionnellement un sarcome (3).

Nous rapportons le cas exceptionnel d'un chondrosarcome du fémur avec métastase intra-thyroïdienne

## OBSERVATION

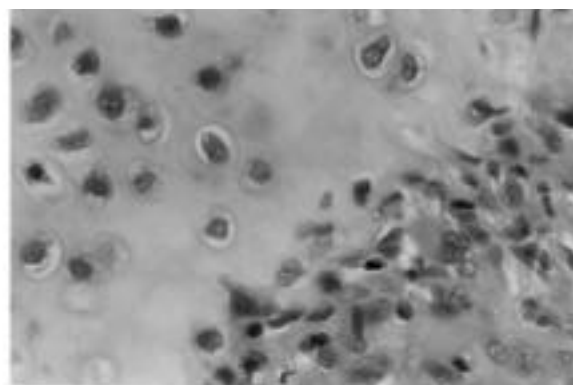
M. A.S, âgé de 66 ans, a présenté 3 ans après une amputation pour chondrosarcome de grade II du fémur droit une masse thyroïdienne, qui a augmenté rapidement de taille. L'examen clinique à son hospitalisation a noté des signes de compression trachéale et d'atteinte récurrentielle droite

\* Service de chirurgie

\*\* Service d'anatomopathologie

avec un énorme goitre nodulaire, dur, d'échostructure tissulaire et hypofixant à la scintigraphie. Le bilan radiologique a permis de détecter une localisation secondaire pulmonaire. Compte tenu du caractère compressif du goitre une loboisthmectomie droite a été réalisée. L'étude anatomopathologique de la pièce opératoire a conclu à un chondrosarcome (fig. 1) Le patient est décédé 2 mois après.

**Fig. 1 : HE GX 200 : Juxtaposition d'îlots cartilagineux tumoraux bien différenciés à une prolifération tumorale de petites cellules indifférenciées**



## DISCUSSION

Bien que la thyroïde soit richement vascularisée (560 ml/mn/100g) (4), la fréquence des métastases intra-thyroïdiennes est relativement faible. Plusieurs théories sont soulevées pour expliquer l'immunité de la thyroïde à l'égard des greffes métastatiques. La plus commode est la théorie métabolique (5) retenant l'action carcinostatique de l'iode, des hormones thyroïdiennes et des facteurs anti-tumoraux concentrés du fait du haut débit sanguin thyroïdien.

La métastase thyroïdienne s'inscrit le plus souvent dans un contexte pluri-métastatique (3, 6). Le cancer primitif habituellement retrouvé dans les séries cliniques est le carcinome rénal (23 %) suivi du carcinome du sein (16 %), du

Institut national d'oncologie Sidi Mohamed Ben Abdellah, Rabat, Maroc.

carcinome pulmonaire (15 %), du mélanome (5 %) et du carcinome du côlon et du larynx (4,5 %) (1). La métastase intra-thyroïdienne d'un chondrosarcome (notre observation) est à notre connaissance la deuxième à être rapportée dans la littérature (9). Dans 10 à 20 % des cas le cancer primitif est occulte. Le délai d'apparition est de 1 mois à 26 ans (7, 8). L'indication et l'étendue de la thyroïdectomie sont sujettes à de multiples divergences. CRECH (4) réserve l'indication d'une thyroïdectomie aux métastases intra-thyroïdiennes émanant de cancers primitifs à croissance lente ou présentant des signes de compression. Le pronostic dépend du type histologique et du caractère

uni ou pluri-viscéral de la métastase. Ainsi la survie moyenne après une thyroïdectomie est de 32 mois lors du cancer primitif rénal et de 2 mois lors du cancer primitif gastro-intestinal ou pulmonaire (10).

### CONCLUSION

Les métastases intrathyroïdiennes sont rares. Le cancer primitif est le plus souvent d'origine rénale ou mammaire. La thyroïdectomie est rarement indiquée. Le pronostic dépend du primitif et du caractère uni ou multi-viscéral de la métastase.

### BIBLIOGRAPHIE

- 1 - HAUGEN B.R.E., NAWAZ S., COHN A., SHROYER K., BUNN P.A. Jr, LIECHTY D.R., RIDGWAY E.C.  
Secondary malignancy of the thyroid gland. A case report and review of the literature.  
Thyroïde 1994 ; 4 : 297.
- 2 - ROSEN I.B., WALFISH P.G., BAIN J., BEDARD Y.C.  
Secondary malignancy of the thyroid gland and its management.  
Ann. Surg. Oncol. 1995 ; 2 : 252.
- 3 - THOMAS W., MESKO M.D., Julie FRIEDMAN M.D., Harry SENDZISCHEW M.D., Daniel D. NOXOW MD.  
Rectal carcinoma metastatic to the thyroid gland.  
1996. 110 : 192-195.
- 4 - CZECH Jeanine M. ,M.D., LICHOR Terry R., MD, AIDAN Carney J., MD.  
Neoplasms metastatic to the thyroid gland.  
Surg Gynecol obst. 1982. 155 : 503-505.
- 5 - HAGUENAUER J.P., GAILLARD J., DUBREUIL C., ROMANET P., GOJON H.  
Les métastases thyroïdiennes des cancers épithéliaux.  
Ann. OtoLaryng (Paris), 1980, 97, 4-5, 353-368.
- 6 - RODIER J.F., GHNASSIA J.P., JANASER J.C.  
Métastase intrathyroïdienne d'un cancer du sein.  
J Chir (Paris). 1995, 132, 1, 51-52.
- 7 - BERGERE A., LORTHOLARY A., MURATET J.P.  
Métastase thyroïdienne.  
Presse Médicale .1994 ; 23, 6,3 00.
- 8 - MANOOCHEHR K., NAKHJAVANI ,M.D., Hossein GHARIB, M.D., John R. GOELLNER, M.D., Jon A. VAN HEERDEN M.B, Ch. B.  
Metastasis to the thyroid gland, a the report of 43 cases.  
Cancer 79 : 574-8, 1997.
- 9 - Pieter A.G.M. BAKX, Harry F. VAN DEN INGH, Rini G.A. BAGGEN, Herman F. VEEN.  
An unusual metastasis of a chondrosarcoma in the thyroid gland Case report.  
Eur J Surg 1993, 159 : 643-644.
- 10 - HADJADJ S., GEOFFROIS L., AUBERT V., WERYHA G., LECLERE J.  
Métastases thyroïdiennes des cancers du rein, deux observations.  
1995, 24, 30, 1386-87.